Dal Volume
SCRITTI MEDICI
pubblicato in onore
di CAMILLO BOZZOLO

Istituto di Clinica medica generale della R. Università di Parma
diretto dal Prof. A. RIVA

SOPRA UN CASO
DI
TUMORE PRIMITIVO DELLA CODA DEL PANCREAS

NOTE CLINICHE

DEL
DOTT. MARIO VARANINI
Assistente — Ex-Assistente volontario della Clinica medica di Torino.

TORINO, 1904 — UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE — CORSO RAFFAELLO, 28.

Istituto di Clinica medica generale della R. Università di Parma
diretto dal Prof. A. RIVA

Sopra un caso di tumore primitivo della coda del pancreas

Note cliniche del Dott. MARIO VARANINI
Assistente — Ex-Assistente volontario della Clinica medica di Torino.

Particolarmente interessante ritengo il caso di cui espongo la storia clinica, i risultati di alcune ricerche speciali e la necroscopia, perchè mi pare, da questa esposizione, dimostrata in modo evidente la importanza di alcuni fatti e di alcune ricerche non tenute dai più fino ad oggi nella dovuta considerazione, quantunque la loro giusta interpretazione possa grandemente illuminare il diagnostico spesso controverso delle affezioni del pancreas.

Se alle ricerche cliniche si associano ricerche di gabinetto diligentemente condotte ed *opportunamente valutate*, certamente dovranno assai diminuire, anche per tali affezioni, quelle difficoltà diagnostiche lamentate anche in un lavoro recentissimo dal Rubinato (1), il quale, a dire il vero, nei casi che descrive tali ricerche ha molto scarsamente od imperfettamente praticate, rendendo così molto incerti e discutibili i risultati a cui giunge colla pubblicazione delle sue osservazioni.

Z.... Gaetano di anni 65, mediatore, da San Quirico di Trecasali. Ereditarietà negativa. Nell'infanzia nulla degno di nota. A 25 anni febbre tifoide. A 58 un'affezione a carico della pleura di destra, che durò acutamente per un mese circa e che continuò poi in forma subacuta per sei mesi circa. Guarito di questa ebbe sovente stipsi ostinata che cedeva all'uso di purganti. Talvolta improvvisamente capogiri ed obnubilamenti della vista, fenomeni però sempre lievi e di poca durata.

(1) Rubinato G., Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico dei tumori primitivi del pancreas; *Rivista critica di clinica medica*, n. 46, 47, 48, 1903.

La malattia attuale daterebbe circa dal giugno u. s. Si sarebbe iniziata con un senso generale di prostrazione, alla quale ben presto tennero dietro disturbi digestivi caratterizzati da ripugnanza ai cibi e senso di peso allo stomaco che si protraeva per diverse ore dopo la ingestione dei cibi. Quest'ultimo andò sempre aumentando e vi si aggiunse poi una certa dolorabilità in corrispondenza del segmento superiore dell'addome, la quale si faceva più intensa nella stazione eretta e durante la deambulazione. Aggravandosi questi fatti accompagnati da notevole deperimento nelle condizioni generali e da un certo grado di itterizia ricoverò in questa clinica medica generale il 16 novembre.

Il paziente asserisce che la dolorabilità al segmento superiore dell'addome restò sempre allo stato d'indolenzimento, non raggiunse mai particolare stato di acutezza. Nell'ultimo mese prima dell'entrata in clinica, era divenuto piuttosto stittico e soffriva frequentemente di borborigmi intestinali. Feci, prima che la cute divenisse itterica, di colorito normale, dopo invece piuttosto scolorite, senza diventare biancastre. Orine brunastre e con schiuma giallo-verdastra. Non ebbe mai edemi, non malattie veneree nè sifilitiche; fu forte bevitore e fumatore.

Esame obiettivo: Cute di tinta itterica, non però molto intensa, agli inguini alcune glandole grosse come un pisello, piuttosto molli, indolenti. Nulla al capo, lingua patinosa, nulla al collo.

Torace: alquanto svasato nella sua parte inferiore per un forte divaricamento, più spiccato a destra, delle arcate costali libere per abnorme sviluppo del ventre. Nulla alla palpazione e percussione, all'ascoltazione murmure scarso, aspro e superficiale ovunque, posteriormente si ascolta alla base di destra qualche gruppetto di rantoli a piccole bolle piuttosto sonori.

Cuore: itto al quarto spazio intercostale sulla mammillare; null'altro degno di nota tranne un lieve soffio sistolico limitato alla punta. Arterie periferiche normali, polso regolare per ritmo, un poco raro, piuttosto piccolo.

Addome: generalmente tumido, ma assai più spiccatamente nei quadranti superiori e destro; leggiero solco all'altezza dell'ombellicale trasversa; cicatrice ombellicale non sporgente; non appariscente la rete venosa superficiale. Fegato molto ingrandito, sporge tre dita trasverse dall'arcata costale. Margine rotondeggiante, irregolare, duro soprattutto a sinistra; sulla linea mediana presenta notevolissima la incisura; lievemente dolente specialmente all'epigastrio; non si palpa la cistifellea; superficie irregolare con noduli di varia grossezza, due evidentissimi ai lati dell'appendice ensiforme. Milza non palpabile, appare poco ingrossata alla percussione. Nulla ai quadranti inferiori. Stomaco un po' ampio, arriva all'ombellicale trasversa; non guazzamento.

Durante la degenza in Clinica, dove entrò il 16 novembre, il paziente lamentò sempre dolori che assai spesso si iniziavano ai quadranti superiori e si diffondevano all'addome, coll'andar del tempo essi divennero più acuti ed assunsero caratteri particolari: si iniziavano al quadrante superiore sinistro, si diffondevano all'addome e si irradiavano all'arto superiore pure di sinistra così che si dovette ricorrere ad iniezioni di morfina (27 novembre e seguenti); spesse volte si notò forte meteorismo e l'alvo fu talvolta chiuso per cui si dovette ricorrere a purganti. L'ittero non fu mai molto intenso fuorchè negli ultimi due giorni di vita in cui divenne intensissimo; il polso fu sempre piuttosto raro; la temperatura variò tra il minimo di 36° ed il massimo di 38°,2 (avutosi una volta il 29 novembre); la media oscillò tra il 36° e 37°.

La obiettività non subì modificazioni degne di nota dal momento dello ingresso. Lo stato generale andò sempre peggiorando, la prostrazione aumentando, si aggiunse il vomito (insorto il 28 novembre) che si ripetè ad intervalli, senso di secchezza alle fauci, il polso si fece filiforme ed il paziente venne a morte la sera del 10 dicembre.

Urine: da 1250 a 800 cmc., colorito sempre bruno, reazione acida, peso specifico da 1020 a 1024, cloruri scarsi, solfati normali, fosfati terrosi abbondanti, alcalini assai scarsi, albume talvolta traccie, glucosio assente costantemente, urea minimo 10 ‰, massimo 22 ‰, forte reazione dei pigmenti biliari fino ad $^1/_8$ di diluzione. Eliminati questi e riportando il volume primitivo dell'urina la stria limite della bilina visibile direttamente alla diluzione del doppio; colla lavatura cloroformica a 2 cm. di spessore colla diluzione a $^1/_{10}$ e una volta a 1 cm. colla diluzione a $^1/_3$. Esame microscopico: qualche cilindro jalino con cellule renali colorate da bilirubina, qualche cellula epiteliale dell'uretra.

Feci: talvolta formate, talvolta poltacee o diarroiche, sempre discretamente colorite con tinte che variarono dal verde chiaro (una volta) al marrone chiaro, coll'aspetto di feci biliniche (1), stria limite della stercobilina visibile a $^1/_{100}$ di diluzione, previa lavatura cloroformica, ad 1 cm. di spessore. Esame microscopico: qualche fibra carnea frammentata non digerita a spigoli netti e colorita in giallo, numerosi cristalli aghiformi di saponi. Notevole il fatto che le feci raccolte in un vaso di vetro con tappo smerigliato e lasciate a sè per un certo tempo si coloravano nella sola superficie libera con una leggiera tinta rosa che man mano, col passare del

(1) Questa espressione viene usata nella Clinica diretta dal prof. Riva ad indicare quelle feci che, quantunque appena emesse siano scolorite, hanno tale contenuto in bilinogeno da colorirsi spontaneamente in rossastro alla superficie per la sola esposizione all'aria ed alla luce, ed in cui l'estrazione col cloroformio rileva abbondante la presenza del bilinogeno. — A. Riva, Semeiologia del contenuto urobilinico dell'intestino, 1896, pag. 12.

tempo, andava facendosi marrone sempre più scuro e fino ad uno spessore di un centimetro dalla superficie libera.

Esame del contenuto in grassi delle feci del 26 novembre: Quantità circa gr. 300. Gr. 10 dànno gr. 1,7150 di sostanza secca il cui estratto etereo è di gr. 1,2377. Di questo gr. 0,3739 sono di grasso neutro, acidi grassi, colesterina e gr. 0,8638 di acidi grassi dai saponi. Per cui il 12,37 per cento della sostanza fresca era data dai grassi totali, dei quali l'8,63 per cento era dato dai saponi.

I saponi rappresentavano quindi il 69,7 per cento delle sostanze grasse.

Esame del contenuto in grassi delle feci del giorno 8 dicembre: Quantità circa 30 grammi. Grammi 28 portati a secco dànno un estratto etereo di gr. 6,2922. Di questi grammi 5,7168 sono di grasso neutro + acidi grassi + colesterina e gr. 0,5754 di acidi grassi dai saponi. Per cui il 22,47 per cento della sostanza fresca è dato dai grassi totali, dei quali il 2,05 % è dato dai saponi.

I saponi quindi, in questo nuovo esame, non rappresentano più che il 9,14 % delle sostanze grasse.

Esame del vomito: liquido biancastro, filante, con rari grumetti di color grigio giallastro, reazione acida, acido cloridrico libero assente, acido lattico traccie. Esame microscopico: qualche granulo di amido discretamente intaccato, qualche goccia di grasso, scarsi fiocchetti di muco.

*
* *

Data l'anamnesi e la obbiettività nessun dubbio, mi pare, potesse esistere intorno alla forma che aveva invaso il parenchima epatico, nè intorno alla natura di essa. Bene interpretando i fatti che risultavano dall'esame della storia e dell'ammalato, il trattarsi di forma neoplastica parve evidente, come evidente il fatto che questa dovesse essere secondaria.

È intorno al meccanismo della stasi biliare (itterizia) che poteva sorgere una prima questione.

Il paziente era non fortemente, ma manifestamente itterico, le urine erano particolarmente cariche di pigmenti biliari e le feci non bianco-grigie, non perfettamente scolorite o come spesso impropriamente si dice *acoliche* (1), ma poco colorite, lo stesso ammalato aveva notato il fatto tanto esso era evidente. Un ostacolo quindi avrebbe dovuto esistere al libero deflusso della bile, e solo l'esame delle urine e delle feci avrebbe potuto con sufficiente esattezza indicarne la importanza e forse la sede.

(1) Sotto questo nome con le feci veramente prive di sostanze di rifiuto biliari o *abiliniche*, furono confuse feci contenenti queste sostanze anche in quantità normale e solo scolorate per la presenza in esse di un abnorme quantità di grasso. — A. Riva, loc. cit. nota 2, pag. 11, 17. — L. Zoja, Contributo allo studio delle dispepsie per il grasso, 1898-99, pag. 54.

Nelle urine, come già dissi, erano abbondanti i pigmenti biliari, ed, eliminati questi, evidentissima la stria della bilina e nelle feci pure intensissima la presenza del bilinogeno.

Il trovarsi all'esame delle feci il bilinogeno in modo così copioso (1) escludeva subito che si trattasse di un ostacolo completo al deflusso della bilirubina nell'intestino (2), perchè evidentemente si avrebbero avute quelle che da noi si chiamano propriamente feci abiliniche (3) e con tutta probabilità si sarebbe anche potuto palpare la cistifellea distesa per la ritenzione quando le sue pareti ne avessero permesso la distensione.

I fatti rilevati essendo poi sempre stati identici agli esami continui e metodici che si praticavano delle feci si poteva escludere che detto ostacolo fosse parzialmente del coledoco o non costante, come potrebbe accadere per compressione dall'esterno, perchè le variazioni fra ciascun esame avrebbero dovuto essere assai maggiori: nei momenti cioè di massima ritenzione avrebbesi dovuto trovare cistifellea distesa e feci acoliche, fatti che sarebbero poi scomparsi o diminuiti di assai col cessare o diminuire della ritenzione.

Esclusa quindi, dalla evidenza dei fatti valutati alla stregua delle conclusioni a cui la scuola giunse colle numerose ricerche compiute (V. Bibliografia) la occlusione delle ultime vie di sbocco della bile, escluso cioè il coledoco, il dotto epatico ed il cistico, l'ostacolo doveva essere più in alto, nei tronchi biliari intraepatici, alcuni dei quali dovevano essere con ogni probabilità strozzati dai nodi neoplastici che avevano invaso il parenchima. In tal caso si avrebbero avute zone dove la bile ristagnando dava i fenomeni di assorbimento, mentre un'altra parte, forse la più abbondante, versandosi fisiologicamente nell'intestino per le ultime vie perfettamente pervie, dava le reazioni così evidenti e così abbondanti del bilinogeno nelle feci e nelle urine (4). Qualcuno potrà forse osservare che trattandosi di neoplasia grave, si potesse in questo caso avere a che fare con una

---

(1) La legge che aveva già enunciata il prof. Riva fin dal 1894 è nota: « Date pari condizioni di ambiente, specialmente microbico, la quantità della bilina che si forma (nell'intestino) è proporzionata alla quantità della bile che vi arriva ». — A. Riva, Sulla patogenesi della urobilinuria, 1894, pag. 32.

(2) Dove, come Hopkins e Garrod hanno dimostrato, si scompone, trasformandosi in bilinogeno, ed è sotto questa forma che si elimina per le urine e per le feci e si assorbe dall'intestino. — L. Zoja, Sul significato clinico delle iperbilinie ed ipobilinie, 1898.

(3) Quelle che non contengono nè bile nè i prodotti della bile, quelle che sono veramente acoliche. — A. Riva, loc. cit. nota 2, pag. 9.

(4) A questo proposito parmi opportuno ricordare la teoria così detta epato-intestinale emessa e dimostrata dal prof. Riva: « Dal pigmento biliare si forma nell'intestino il bilinogeno, il quale in gran parte si elimina con le feci e in parte è portato al fegato dalla vena porta; e dal fegato in parte passa alle sovraepatiche e, entrato nel circolo generale, si elimina pel rene, in parte ritorna all'intestino colla bile; nelle feci e nelle urine si trova come cromogeno al momento della emissione; ma ben presto, per azione dell'aria e della luce, vi si trasforma in bilina. — A. Riva, loc. cit. nota 4, e L. Zoja, Alcune considerazioni sulla bilinogenesi, 1900, pag. 4.

pleiocromia biliare da emolisi esagerata (1) « dove può aversi tale ostacolo allo scorrere della bile da determinarsi una itterizia e nello stesso tempo la ricchezza della bile in bilirubina esser causa della iperbilinia intestinale » (2), aversi cioè molto forte il contenuto bilinico delle feci anche se fosse stata scarsa la quantità di bile che si versava nell'intestino.

Tale obbiezione, che, quantunque il fegato mi sembrasse troppo compromesso per spiegarla, non credo di escludere completamente non avendo praticato l'esame del sangue, mi pare che ad ogni modo non potrebbe modificare sostanzialmente le conclusioni a cui avevano portato le ricerche del contenuto bilinico delle feci e delle urine, le osservazioni sulle condizioni della cistifellea e sul grado di itterizia che presentava l'ammalato, rimanendo cioè, a mio modo di vedere, provata in sostanza la pervietà delle ultime vie biliari anche in tal caso. Solo avrebbe potuto, il trattarsi di pleiocromia, dare una eventuale spiegazione della sovrabbondanza del cromogeno nelle feci e di conseguenza nelle urine, rimanendo ferma per altro la ipotesi della pervietà degli sbocchi terminali, la sola via attraverso la quale anche questa bile sovraccarica di bilirubina era costretta passare per giungere nell'intestino.

* * *

Data la convinzione che la forma neoplastica del fegato fosse secondaria, si doveva stabilire dove tale affezione poteva aver avuta la sua sede primaria. Tale discussione formò oggetto di due lezioni cliniche che il prof. Riva tenne nei giorni 26-28 novembre.

Nessun organo richiamava particolarmente l'attenzione, il solo stomaco mostravasi alquanto turbato nelle sue funzioni sia per quanto si apprendeva dall'anamnesi (ripugnanza al cibo, senso di peso, ecc.), sia per il reperto obbiettivo (solo lieve ectasia gastrica, l'esame del vomito non essendo in vero molto concludente).

Non presentandosi i sintomi tumultuosi, e spesso sufficienti da soli a porre la diagnosi, di neoplasia pilorica o della piccola curva, essendo in proposito anche la obbiettività negativa, pareva allora solamente probabile la ipotesi di ulcera cancerigna che, per essere impiantata in una porzione indifferente dello stomaco (parete anteriore o posteriore o gran cul di sacco), decorre sovente in modo subdolo e nel silenzio più assoluto dei sintomi locali, rivelandosi spesso solamente per i sintomi generali, per quelli che dà per contiguità cogli organi circostanti o per diffusione ai linfatici, e, per essi, ad altri organi ed ai plessi vicini.

---

(1) Micheli F. e Donati M., Sulle proprietà emolitiche degli estratti di organi e di tumori maligni; *Riforma medica*, n. 38; *Autoriassunti e riviste, ecc.*, vol. I, n. X, n. 846.

(2) Zoja L., loc. cit. nota 5, pag. 2.

Anche al pancreas però dovevasi rivolgere l'attenzione e davvero anche la tanto larga e tanto discussa sintomatologia delle affezioni di questo organo mancava affatto. Non glicosuria, non scialorrea, non accessi dolorosi (prima del 27 novembre), non tumore palpabile, ecc., si avevano solamente lievi disturbi a carico dell'intestino (stitichezza, borborigmi, meteorismo) sul valore dei quali è inutile fermarsi lungamente.

Dall'esame delle feci però avrebbe dovuto venire un valido aiuto al diagnostico (1).

Già alcuni speciali modi di comportarsi di queste feci furono ricordati: esse erano poco colorite, anzi decisamente scolorite, quantunque abbondante fosse il bilinogeno che rivelavasi al trattamento cloroformico (feci saponacee, V. nota 1, pag. 3) e quel particolare modo di ricolorirsi quando esse erano lasciate a sè in un vaso di vetro chiuso (2).

Trattavasi qui evidentemente non di feci acoliche, non abiliniche, ma di feci saponacee, ed anche il reperto microscopico rilevava la scarsità di gocciole di grasso (3) ed una particolare abbondanza di cristalli aciculari dei saponi. E l'esame chimico delle feci (26 novembre) per la eliminazione delle sostanze grasse faceva conoscere come questa fosse per la totalità dei grassi (grasso neutro, acidi grassi e saponi) lievemente superiore alla norma (4) a vitto mediocremente grasso e di questi grassi totali una percentuale molto alta, il 69,7 % erano saponificati (5).

Non potevasi, dato tale reperto per il grasso delle feci a bile presente nell'intestino, pensare ad una lesione che avesse completamente esclusa la funzionalità del pancreas, sia meccanicamente occludendo il wirsunghiano, sia per neoplasia della testa (6) ed anche in tal caso adunque se trattavasi di una affezione di tale organo essa avrebbe dovuto trovarsi in un punto che io dirò indifferente, forse la coda o il corpo, in modo da non impedirne che assai limitatamente la escrezione.

Fino a questo momento non potevasi quindi porre, relativamente alla sede primaria dell'affezione, che la diagnosi di probabilità di una neoplasia in un punto indifferente o dello stomaco o del pancreas.

Dopo il 26 novembre sia i fenomeni sintomatici, sia i risultati degli esami andarono modificandosi portando maggior chiarezza al diagnostico.

Comparvero con particolare acutezza gli accessi dolorosi che si originavano al quadrante superiore di sinistra e si diffondevano a tutto l'addome,

(1) Zoja L., Sulla diagnosi dell'occlusione del dotto coledoco e del pancreatico, 1898.

(2) Riva A., loc. cit. nota 4, pag. 66, e L. Zoja, loc. cit. nota 3, pag. 55.

(3) Escludendo la steatorrea. — L. Zoja, loc. cit. nota 11, pag. 57.

(4) Zoja L., loc. cit., nota 11, pag. 87.

(5) Zoja L., loc. cit. nota 11, pag. 61 e seg., e pag. 89 e cifre riferite da A. Borri, Sulle condizioni del dotto pancreatico, ecc.; *Com. alla Ass. med. chir. di Parma*, seduta 10 luglio 1903.

(6) Zoja L., Su alcuni criteri per la diagnosi di tumore della testa del pancreas; *Policlinico*, 1899, vol. VI-M.

irradiandosi talvolta all'arto superiore dello stesso lato ed assumendo dal punto di vista di una affezione del pancreas una non lieve importanza (1).

L'osservazione delle feci, praticata metodicamente mentre mantenne costante i risultati per ciò che riguarda la presenza del bilinogeno, variò di assai per ciò che riguarda la composizione dei grassi eliminati. Infatti gli acidi grassi dai saponi che prima formavano il 69,7 % del grasso totale contenuto nelle feci scesero all'esame dell'8 dicembre al 9,14 % (2).

La seconda delle supposizioni già poste prima del 26 novembre trovava in questi reperti la sua brillante conferma. Doveva trattarsi di neoplasia di un punto indifferente del pancreas, la coda o il corpo, che prima quando era limitato non portava nessun turbamento, clinicamente manifesto, alla escrezione e quindi nessuna dispepsia secondaria da grasso, turbe che divennero invece evidenti agli esami successivi delle feci, quando diffondendosi la invasione neoplastica a maggior parte del corpo e forse impegnando anche più o meno largamente parte della testa, si ebbero i segni di diminuzione e quasi di esclusione della escrezione pancreatica, dimostrata dalla diminuzione così manifesta della saponificazione.

La diagnosi che con clinica sicurezza potevasi porre era certamente di: Cancro del fegato secondario a neoplasia della regione della coda e corpo del pancreas, con stasi nelle vie biliari intraepatiche per compressione da nodi cancerigni intraepatici.

* * *

Riferisco, per brevità, dal protocollo della necroscopia praticata dal prof. Cesaris Demel, soltanto l'esame delle parti che più direttamente interessano. Polmoni: piccoli nodi neoplastici grigio-rosei, nettamente distinti dal parenchima. Cavità addominale: liquido limpido, trasparente, ma con intensa colorazione itterica; epiploon retratto con discreta quantità di grasso; fegato deborda di cinque dita, è spinto a sinistra fino a toccare la milza, diaframma è spinto fino alla quarta costa a destra e alla quinta a sinistra. Bile densa nerastra, fluisce liberamente. Duodeno con catarro cronico e congestione viva della mucosa. Stomaco ectasico con catarro cronico, con piccole abrasioni superficiali a tipo emorragico.

Pancreas uniformemente ingrossato e duro specie alla coda, mentre la testa presenta struttura acinosa normale. Coda di aspetto neoplastico, avvicinandosi alla testa riappare la struttura acinosa. La coda, oltrechè indurita, è anche deformata da una rientranza di aspetto cicatriziale.

---

(1) Zoja L., loc. cit. nota 15, e A. Oliari, Sopra un caso di tumore primitivo della testa del pancreas, 1902, pag. 10.

(2) La quantità assoluta complessiva del grasso eliminato era minore per la minore introduzione cogli alimenti.

Fegato enormemente aumentato di volume, bordo arrotondato; sul periepate fioritura neoplastica color giallo roseo alternata da parenchima verdastro alla superficie del taglio. Nodi neoplastici con necrosi alla parte centrale; porta con un coagulo fibrinoso facilmente rimovibile; cistifellea è piccola a pareti ispessite, l'ispessimento si esagera scendendo verso il dotto cistico che è notevolmente compresso da una filtrazione a tipo neoplastico che si diffonde anche all'origine dei grossi tronchi biliari.

Infiltrazione neoplastica dei plessi semilunari di ambo i lati.

Diagnosi anatomica: Pachimeningite fibrosa adesiva. Endocardite verrucosa recente della mitrale. Nodi metastatici multipli nodulari d'aspetto neoplastico disseminati in ambedue i polmoni con trombosi di qualche ramo terminale della polmonare. Traccie di antica pleurite adesiva a destra. Tumor cronico di milza. Atrofia e degenerazione parenchimatosa dei reni. Imponente invasione metastatica carcinomatosa del fegato, con compressione dei grossi rami biliari. Cancro primitivo della coda del pancreas con infiltrazione neoplastica nei plessi solari.

L'esame microscopico del pancreas fatto sopra di un preparato favoritomi dalla cortesia del prof. Cesaris Demel dimostrò trattarsi di un adeno-carcinoma. In questo stesso preparato ho anche potuto osservare come gli *isolotti di Langerhans* si mostrassero nel loro complesso integri, noto questo per incidenza, data la importanza che oggi si dà a questi nella patogenesi della glicosuria (in questo caso assente); riserbandomi poi, coi preparati che potrò fare dai pezzi che abbiamo in clinica, di studiare più ampiamente il caso anche sotto questo punto di vista.

* * *

Quanto ho raccolto intorno a questo caso parmi oltremodo dimostrativo dell'interesse generale che hanno in ogni caso gli esami continui, troppo spesso ancora trascurati, delle feci, i risultati dei quali molte volte sono sufficienti ad illuminare perfettamente il diagnostico.

Nei casi particolari poi, in cui sono sospette lesioni che possono alterare la funzione epatica o pancreatica sia per alterazione sostanziale del tessuto funzionante, sia per occlusione delle vie di sbocco, io credo che l'esame metodico, non solo delle urine, ma anche più quello delle feci praticato con costanza in ogni caso e seguendolo durante il decorso della malattia, porterà non solamente dimostrazioni ancora attese sulla patologia di questi organi così importanti nell'economia; ma anche, con ogni probabilità, l'ultima parola sulla tanto discussa e controversa semeiologia del pancreas.

Parma, 31 dicembre 1903.

Pubblicazioni della Clinica di Parma intorno alla bilinogenesi e semeiologia del pancreas.

1892. RIVA A. e ZOJA L. Contribuzione allo studio della bilina nelle feci e nelle urine; *Atti del I Congresso di Medicina interna.*

1894. RIVA A., Urobilina o urobiline; *Gazzetta medica di Torino*, n. 38, 40.

1894. — Sulla patogenesi della urobilinuria; *Le Scuole italiane di Clinica medica in Italia*, vol. II, Milano.

1896. — Sulla genesi dell'urobilina e del pigmento giallo fondamentale dell'urina; *Gazzetta medica di Torino*, n. 12, XLVII.

1896. — A proposito della patogenesi dell'urobilinuria; *Sperimentale*, anno L.

1896. — Semeiologia del contenuto urobilinico dell'intestino; *Arch. it. di Clinica medica.*

1896. — Di nuovo sulla patogenesi dell'urobilinuria (Comunicazione alla Società med. chir. di Pavia); *Gazzetta medica di Torino*, XLVII, n. 4, 5.

1895. ZOJA L., A proposito della presenza di saponi acidi nelle feci; *Arch. per le Scienze mediche*, XIX, n. 3, pag. 21 e seguenti.

1897. — Annotazioni di laboratorio: 1° sulla ricerca della bilirubina nei liquidi sierosi; 2° concrezioni carbonatiche con bilirubina nelle feci; *Gazzetta medica di Torino*, n. 1.

1897. — Come si debba intendere la espressione « riducibilità della bile », usata nella enunciazione della teoria epato-intestinale della bilinogenesi (Comunicazione alla Società medico-chirurgica di Pavia).

1897. — Il bilinogeno e la bilina nell'organismo sano e malato (stato attuale degli studi sulla urubilinuria); *Conferenze di Medicina*. Milano, Vallardi, serie I, n. 11.

1898. — Sul significato clinico delle ipobilinie ed iperbilinie; *La Clinica medica italiana.*

1898. — Sul significato clinico delle feci grasse; *La Clinica medica italiana.*

1898. — Sulla diagnosi di occlusione del dotto coledoco e del pancreatico; *La Clinica medica italiana.*

1898-99 — Contributo allo studio della dispepsia per il grasso. Note critiche e cliniche sull'assorbimento del grasso; *Il Morgagni*, n. 11 e 1.

1899. — Sulle condizioni del fegato e della cistifellea nel cancro primitivo del pancreas.

1899. — Su di un caso di ittero grave; *Clinica moderna*, anno V, n. 18.

1899. — Su alcuni criteri clinici per la diagnosi di tumore della testa del pancreas; *Policlinico*, vol. VI-M.

1900. — Alcune considerazioni sulla bilinogenesi; *Clinica moderna.*

1896. CAVALLI G., Contributo allo studio della bile in ordine al suo contenuto urobilinico e sua trasformabilità in urobilina.

1902. OLIARI A., Sopra un caso di tumore primitivo della testa del pancreas; *Clinica chirurgica.*

1903. BORRI A., Sulle condizioni del dotto pancreatico in alcune itterizie e specialmente nella catarrale (Comunicazione alla Associazione medico-chirurgica di Parma); *Rendiconti*, n. 9.

Altre Opere di Medicina.

Prima Serie (Opere tradotte).
Eleganti volumetti legati in tela, di circa 200 pagine, a L. **2,50** caduno.

Lavatura dello Stomaco, per il dott. G. M. DEBOVE, professore alla Facoltà di medicina di Parigi e RÉMOND (di Metz), professore aggregato, 1 vol. — Dott. SANSONI.

La Clorosi, per CARLO LUZET, ex-interno negli Ospedali di Parigi, 1 vol. — Dott. GIOVANELLI.

Le cause della Febbre tifoidea, per il dott. J. GASSER, medico aggiunto-maggiore di 2ª classe, laureato dalla Facoltà (Premio delle tesi — Premio Châteauvillard), 1 vol. con 11 inc. — Dott. G. PASSET.

Cura della Febbre tifoidea, per JUHEL-RÉNOY, medico degli Ospedali di Parigi, 1 vol. — Dott. MAFFI.

I disturbi dell'andatura nelle malattie nervose, per PAOLO BLOCQ, settore-capo di anatomia patologica alla Salpêtrière, con 21 figure intercalate nel testo, 1 volume. — Dott. SANSONI.

Bronco-pneumonite, per M. E. MOSNY, ex-interno degli Ospedali di Parigi, addetto al laboratorio di patologia sperimentale e comparata, 1 vol. — Dott. RONDELLI.

Le Emorroidi, per il dott. E. OZENNE, ex-interno degli Ospedali di Parigi, chirurgo aggiunto dell'Ospedale di S. Lazzaro, 1 vol. — Dott. RONDELLI.

Patogenesi e cura delle Nefriti e del morbo di Bright, per il dott. LABADIE-LAGRAVE, medico della Maternità, 1 vol. — Dott. ZUBIANI.

Il Rachitismo, per G. M. COMBY, medico negli Ospedali di Parigi, 1 vol. con 31 incisioni. — Dott. COLLA.

Tisi acuta, per L. DREYFUS-BRISAC, medico degli ospedali di Parigi e I. BRUHL, ex-interno degli Ospedali di Parigi, 1 volume. — Dott. G. SCARPA.

Cura della Tisi polmonare, per il dott. M. G. DAREMBERG, corrispondente dell'Accademia di Medicina, 2 volumi con incisioni. — Dott. G. SCARPA.

Ulcera dello Stomaco, per G. M. DEBOVE, professore alla Facoltà di medicina e J. RENAULT, ex-interno degli Ospedali di Parigi, 1 vol. — Dott. FLARER.

Appendicite e Peritiflite, per C. TALAMON, medico dell'Ospedale Ténon. — Dott. L. SANSONI.

La Tosse convulsiva, pel dottore H. RICHARDIÈRE. — Dott. A. BIAGINI.

Pneumonite lobare acuta, pel dott. M. BOULAY, 2 vol. — Dott. S. BELFANTI.

La Difterite, pel dott. H. BOURGES. — Traduzione S. BELFANTI, con l'aggiunta di un'*Appendice* del prof. B. SILVA, sulla **Sieroterapia.**

La Neurastenia, pel dott. A. MATHIEU. — Dott. A. ZUBIANI.

Cura del Diabete mellito, per il dott. LECORCHÉ. — Dott. RIVA-ROCCI.

I Morfinomani, per il dottore E. CHAMBARD. — Dottore G. GIOVANELLI.

Anestesia chirurgica e ostetrica, pei dott. AUVARD e CAUBET. — Dott. MAFFI.

La Sterilità della donna e sua cura, per il dottore DE SINÉTY. — Dott. GIOVANELLI.

Le malattie infettive, loro cause e metodo di cura, per il dott. CAPITAN, ex-assistente-capo alla Facoltà di medicina, 1 volume (doppio). — Dott. G. CAVALLERO. — L. **5.**

Seconda Serie
(Opere tradotte arricchite di Note e Aggiunte).
Eleganti volumetti di oltre 300 pagine, legati in tela, a L. **4** caduno.

Terapia degli organi respiratori, del dott. E. BARTH. — Trad. del dott. prof. G. CAVALLERO.

Terapia delle malattie del Cuore e dell'Aorta, del dott. E. BARIÉ. — Trad. del dott. prof. RIVA-ROCCI.

Terapia delle malattie dello Stomaco, per il dott. A. MATHIEU. — Traduzione dott. prof. G. CAVALLERO.

Terapia delle malattie dell'Intestino, per il dottore A. MATHIEU. — Trad. dott. prof. G. CAVALLERO.

La Patologia e le malattie del Sangue, del dottore RICC. SCHMALTZ. — Trad. del dott. A. BRESADOLA, con note di G. BRACCO (*senior*).

Terapia del Reumatismo e della Gotta, del dottor N. OETTINGER. — Trad. con note del dott. prof. G. CAVALLERO.

Terapia delle malattie della Pelle, con cenni sui Sifilodermi e sull'impiego dei Cosmetici e copioso Ricettario, del dott. JESSNER. — Traduzione del dottore A. RONDELLI, L. **6.**

Semeiottica e Diagnostica delle malattie degli occhi, per CZERMACK (Guglielmo). — Traduzione con note e aggiunte del dott. prof. BAJARDI, L. **2,50.**

Opere originali:

Il Bambino. Igiene, allattamento, cura, del dottor ALBERTO BIAGINI, L. **5.**

Il Fanciullo. Principali malattie, loro cure. Un grosso volume in due parti per il dottor BIAGINI. — Parte I, Malattie infettive, L. **5.** Parte II, Malattie generali e Malattie dell'apparato digerente, L. **6.** — Parte III del dott. prof. S. RIVA-ROCCI (*In corso di stampa*).

Rimedi nuovi e nuovi sistemi di cura delle malattie, per il dott. F. BATTISTINI. — Tre volumi: Vol. I, L. **8;** Vol. II, L. **10;** — Vol. III, Nuove cure, L. **5.**

Trattato sulle malattie dello Stomaco, per il dottore L. SANSONI. — Due volumi. Vol. I, L. **6;** Vol. II, L. **10.**

Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della genesi dell'Ittero grave, pel dottor L. SANSONI; 1 volumetto, L. **1,60.**

Chimica clinica, per i dottori G. CAVALLERO e S. RIVA-ROCCI. Un volume (*In corso di stampa*).

Malattie delle donne, per il dott. S. RIVA-ROCCI (*In preparazione*).

Terapia delle malattie infettive (seguito al CAPITAN). per il prof. dott. G. CAVALLERO (*In preparazione*).

Chirurgia renale. Osservazioni e Riflessioni, per il dottore D. GIORDANO. — Un volume, L. **4.**

Trattato delle Malattie della Bocca e dei Denti, per il dott. V. CACCIA. — Due volumi, L. **12.**

Terminologia clinica, per il dott. L. FERRIO. — Un volume, L. **5.**

Compendio di Otoiatria ad uso degli studenti e dei medici pratici, pel dott. G. GARBINI. — Un volume con 82 figure nel testo, L. **2,50.**

Compendio di Rino-Faringoiatria ad uso degli studenti e dei medici pratici, per il dott. G. GARBINI. — Un volume con 72 figure nel testo, L. **2,50.**

Manuale di Diagnostica Medica, per il dottore R. SUPINO. — L. **5.**

Trattato di Terapia delle Malattie mentali, per il dott. L. SCABIA. — L. **8.**

Catalogo di Opere mediche a richiesta.